N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS

DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mars 1909

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Sévérin GUIRAUD

Né à Boujan, le 28 février 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TEDENAT, *président* | VIRES, *agrégé.*
GILIS, *professeur.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie cette thèse inaugurale comme témoignage de ma reconnaissance.

A MA FEMME

Faible témoignage de mon amour.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

S. GUIRAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

S. GUIRAUD.

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR-ADJOINT

A MON MAITRE DÉVOUÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES

HOPITAUX DE MONTPELLIER

S. GUIRAUD.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales et avant de soutenir notre thèse inaugurale, nous ne pouvons nous empêcher de jeter un regard en arrière et de voir ceux qui se sont occupés de notre avenir.

Tout d'abord ce sont ceux qui ont dirigé nos premiers pas et qui ont pris soin de notre enfance ; ils peuvent être assurés qu'ils trouveront un fils reconnaissant des nombreux sacrifices qu'ils se sont imposés.

Viennent ensuite ceux qui se sont chargés de notre éducation morale et physique ; qu'ils reçoivent ici tous nos remerciements et toutes nos sympathies.

Enfin, nous avons contracté une dette de reconnaissance envers ces chers maîtres de la Faculté de médecine, qui nous ont, par leur enseignement, inculqué la science médicale et qui nous ont ainsi si bien armé dans la lutte pour la vie.

Que M. le professeur Tédenat nous permette de lui adresser nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le cours de nos études, et dont il nous donne une nouvelle preuve aujourd'hui en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; après nous avoir initié à la clinique chirurgicale, c'est lui qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre travail et nous aider de ses précieux conseils pour sa préparation.

M. Gilis fut notre premier maître ; c'est lui qui nous diminua l'aridité de l'anatomie ; qu'il en soit remercié.

Que M. le professeur Vires veuille bien ici recevoir l'assurance de toute notre gratitude pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués.

Nous tenons aussi à exprimer notre profonde reconnaissance à M. le professeur agrégé Soubeyran, qui a été toujours pour nous d'une bienveillance sans bornes.

Enfin, nous réunissons dans un même sentiment de gratitude respectueuse tous nos autres maîtres de la Faculté de Médecine.

Des camarades que nous quittons nous emportons le meilleur souvenir.

Que tous ceux qui nous ont toujours témoigné quelque intérêt soient assurés de notre entier dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS

DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Le titre seul de notre thèse montre bien que nous avons laissé de côté, et à dessein, un grand nombre d'affections qui, en raison de la dysphagie qu'elles produisent, peuvent simuler un retrécissement de l'œsophage, sans que les parois de celui-ci n'aient subi aucune altération organique, c'est-à-dire que dans notre travail nous ne parlerons pas des rétrécissements produits par des compressions extérieures, que celles-ci soient des ganglions hypertrophiés, le corps thyroïde tuméfié, des tumeurs de diverses natures (anévrisme de l'aorte, néoplasmes voisins).

Il en sera de même de l'obstruction de l'œsophage par des corps étrangers arrêtés ou des polypes nés sur place, des pharyngites, de l'amygdalite et des phlegmons du cou, enfin, du spasme nerveux proprement dit, car tout rétrécissement produit toujours un peu de spasme.

Nous définirons donc notre sujet ainsi :

Le rétrécissement cicatriciel de l'œsophage consiste en une diminution permanente du calibre de ce conduit, produite par une altération organique de ses parois.

Pour bien faire apprécier la méthode de traitement que nous préconisons suivant les cas, nous sommes obligé d'exposer brièvement les causes et l'évolution clinique de ces rétrécissements. Ensuite, nous indiquerons les moyens d'en établir le diagnostic, et nous nous appesantirons sur la façon de les guérir.

ETUDE ETIOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

Le rétrécissement de l'œsophage est l'aboutissant d'un grand nombre d'affections diverses. On peut ranger sous deux chefs les processus qui conduisent à la diminution du calibre de ce conduit. Ce sont l'altération par un néoplasme et la rétraction inodulaire des parois.

Les rétrécissements néoplasiques ne demandant qu'une opération palliative, et notre sujet étant de traiter la façon de guérir un rétrécissement, nous ne ferons que les mentionner et dire qu'ils sont justiciables de la gastrostomie.

Quant à la rétraction inodulaire, elle se fait au niveau des pertes de substances ou d'ulcérations, résultant de véritables traumatismes. Parmi ceux-ci, nous pouvons mettre les ulcérations produites par les corps étrangers qui, en séjournant dans l'œsophage, ont pu érailler ce conduit. Ces rétrécissements se forment par la rétraction cicatricielle, et puis par l'infiltration, entre les membranes de l'œsophage, de processus inflammatoires, qui vont faire épaissir les parois, et ensuite les faire rétracter.

Il y a aussi toute une catégorie d'altérations inflammatoires et ulcéreuses qui aboutissent au rétrécissement ; parmi celles-ci, nous mettrons l'œsophagite simple, l'œsophagite phlegmoneuse, le catarrhe chronique de buveurs, l'œsophagite folliculeuse décrite par Mondière, l'ulcère rond de l'œsophage (Debove). Ensuite, les ulcérations de

la variole et de la diphtérie (très rares), de la syphilis et de la tuberculose.

Enfin, la cause qui est la plus fréquente des rétrécissements, c'est la brûlure par un liquide bouillant ou caustique. Parmi ceux-ci, nous distinguerons les acides (sulfurique, azotique, chlorhydrique, phénique, oxalique, acétique), et les alcalis (solutions de potasse, de soude d'ammoniaque, de bichromate de potasse) ; l'action des caustiques alcalins, en général, est plus lente, mais plus profonde ; ils désorganisent les tissus en s'emparant de leur eau de composition, et se diffusent avec facilité, tandis que les caustiques acides coagulent l'albumine ; les dégâts sont plus rapides mais peu profonds, aussi les symptômes immédiats sont-ils très graves, tandis que la sténose tardive, succédant à la cicatrisation de l'escarre sera peu profonde et peu rétractile.

Cette brûlure, si elle est profonde, atteint les couches musculaires du tube œsophagien ; alors se produit l'inflammation, et, plus tard, la rétraction inodulaire qui formera le rétrécissement.

Les rétrécissements consécutifs à ces brûlures s'étendent presque toujours à toute la circonférence de l'œsophage, mais peuvent être limités en longueur (Rétréc. annulaires) ou très étendus (R. tubulaires), ou s'étendre enfin à tout l'œsophage (R. total de l'œsophage). Souvent, au-dessus du rétrécissement, il existe une légère dilatation prérétrictu-rale ; d'autres fois, une hypertrophie musculaire telle, que le rétrécissement cicatriciel semble prolongé vers le haut par un rétrécissement tapissé de muqueuse intacte, aussi vrai que le rétrécissement vrai.

La fermeture complète de la lumière de l'œsophage existe très rarement, et lorsqu'elle existe, c'est le spasme qui en est la cause.

Les sièges d'élection sont les endroits où l'œsophage est normalement rétréci par les organes voisins, points au contact desquels les liquides caustiques peuvent rester plus longtemps.

Ce sont, à la région cervicale, au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, à la région thoracique, le rétrécissement aortique et bronchique de l'œsophage, puis, au niveau de l'hiatus œsophagien du diaphragme, bien plus qu'au niveau du cardia.

ETUDE CLINIQUE

Le symptôme capital d'un rétrécissement c'est la dysphagie ; elle s'établit progressivement à mesure que les parois de l'œsophage subissent la rétraction cicatricielle.

Au début, le malade est obligé de faire un effort pour avaler les bols alimentaires normaux ; plus tard, il procède par petites bouchées bien mastiquées et bien insalivées ; puis les bols de plus en plus petits ne sont plus supportés et ce n'est que les liquides qui peuvent se livrer passage à travers ce conduit ; parfois ces derniers eux-mêmes sont arrêtés.

Pour faciliter la déglutition, le malade fait des efforts violents avec les muscles du pharynx ; il prend des positions qui aident la descente du bol alimentaire ; il fléchit la tête sur la poitrine et presse avec les doigts sur la partie supérieure de l'œsophage, mais le resserrement cicatriciel fait que ces moyens finissent par ne plus réussir. La douleur n'est pas toujours constante ; elle est à son maximum au moment de la descente des aliments. Le rétrécissement progressant toujours et la dysphagie augmentant, le malade vomit tout ce qu'il prend ; il est dans l'impossibilité de s'alimenter et est condamné à l'inanition si on n'intervient pas. Le diagnostic de ces rétrécissements sera facile, si le malade nous dit qu'il a avalé une substance caustique.

L'âge, les maladies antérieures, seront bien utiles, mais

c'est l'examen direct qui éclaircira le mieux notre diagnostic.

Le cathétérisme, au moyen d'une sonde œsophagienne, ou mieux encore d'une tige de baleine portant une boule d'ivoire mobile et de dimensions variables, nous fera reconnaître s'il existe un rétrécissement, où il siège et s'il est franchissable ou infranchissable.

Dans l'avenir, l'œsophagoscopie nous montrera peut-être une nouvelle voie, puisqu'elle a permis à M. Guisez de diagnostiquer le cancer chez quinze malades, et la nature syphilitique chez d'autres.

« On n'oubliera pas cependant que l'œsophagoscopie ne doit pas être trop ambitieuse ; elle n'est pas destinée à remplacer tous les autres moyens d'examen : commémoratifs, cathétérisme, radioscopie ; elle les complète et est beaucoup plus précise qu'eux. » (Guisez, Revue de Chirurgie.)

OBSERVATIONS

Observation première

(De Bergmann)

(Berlin. Klin. Wochenschr. 1883, 29 octobre. nº 44)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastrostomie. — Guérison. Dilatation des rétrécissements et occlusion de la fistule.

Homme de 44 ans, boit par mégarde, en mars 1882, de la potasse caustique : œsophagite intense et rétrécissements de l'œsophage, au nombre de deux : l'un siège à la partie supérieure du conduit, l'autre au niveau du cardia. La dilatation, continuée pendant plusieurs mois, ne réussit pas à améliorer ce dernier ; il devient, au contraire, de plus en plus serré ; le malade maigrit de 30 livres et il vient à la fin de 1882 réclamer une opération. On trouve un rétrécissement à environ 40 centimètres des incisives ; il est absolument infranchissable...

Gastrostomie, le 29 janvier 1883. On ouvre l'estomac dans une étendue de 5 à 8 centimètres, de manière à pouvoir, plus tard, atteindre le cardia à l'aide des doigts introduits dans l'estomac. Bientôt, les manœuvres faites pour aller à la recherche du cardia d'un côté, le dégoût insurmontable du malade pour sa fistule de l'autre, l'énervèrent à tel point qu'il préférait, disait-il, mourir plutôt que de continuer à porter sa fistule.

Cependant, pour établir une sorte de tolérance de l'estomac pour les instruments dilatatoires, on entreprit, malgré l'indocilité du malade, une série d'expériences ayant pour but d'apprécier par la main introduite dans l'estomac, au-dessous de la face diaphragmatique du péricarde, les changements de position du cœur pendant son passage de l'état systolique à l'état diastolique. Pendant l'une de ces intéressantes recherches, le doigt en glissant rencontra l'olive d'une sonde introduite par la bouche, mais il était séparé par une épaisse couche de parties molles. Il aurait été facile de l'inciser, mais on se garda bien de le faire, vu le dangereux voisinage des gros vaisseaux. On préféra obtenir sa mortification, en comprimant cette cloison entre l'olive de la sonde et les branches d'un entérotome de Dupuytren ou les mors d'un clamp. Et comme il n'était pas nécessaire que pendant tout ce temps la sonde entière séjournât dans l'œsophage, on en fit construire une autre, dont l'olive put être rendue libre à l'aide d'une vis.

Ces manœuvres amenèrent peu à peu le ramollissement de la cloison en question et bientôt une sonde métallique introduite par la bouche vint se montrer au niveau de la fistule gastrique.

Un cylindre d'éponge préparée, portant un fort fil à chacune de ses extrémités, fut introduit dans le rétrécissement à l'aide de la sonde, le fil inférieur devant servir à retirer l'éponge par la fistule. On put quelque temps après passer par la bouche dans l'estomac une sonde de 10 millimètres de diamètre.

On rétablit de la sorte, le 25 avril, trois mois après l'opération, la voie normale de l'alimentation. Le rétrécissement fut dilaté consécutivement par le cathétérisme répété plusieurs fois par jour, et par l'introduction d'é-

ponges préparées tous les deux jours. A l'aide des cylindres de laminaria, on obtient une empreinte parfaite du rétrécissement, qui mesure 4 centimètres de long. Vers la mi-mai, on peut passer une sonde de 25 millimètres après l'emploi des sondes dilatatrices de Chélius.

Bientôt le malade apprend à se sonder, et le 21 mars, on procède à la fermeture de la fistule. L'estomac, détaché de la cicatrice qui entoure la fistule est suturé et ensuite abandonné dans la cavité abdominale ; les bords cutanés sont avivés et réunis et le malade soumis à une diète rigoureuse pendant les premiers jours. Le cathétérisme œsophagien interrompu pendant 5 jours fut repris de nouveau, et bientôt on peut passer dans l'estomac un gros tube en caoutchouc avec la plus grande facilité.

Observation II

(Hjort)

(Centralb. f. ch. 1884, n° 16, p. 707.)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastrostomie, Traitement du rétrécissement par l'électrolyse.

Jeune fille de 14 ans avale de la potasse caustique et a consécutivement un rétrécissement d'abord perméable aux liquides, et bientôt absolument infranchissable. La sonde s'arrête à 17 cm. de l'arcade dentaire, à peu près au niveau du cartilage cricoïde. Caverne au sommet du poumon droit et toux avec expectoration fétide. La malade a beaucoup maigri. Elle a pu faire néanmoins à pied le trajet de chez elle à l'hôpital. Depuis deux jours, elle n'a rien pris.

Gastrostomie le 20 décembre 1883. On n'ouvre l'estomac que 3 jours après. Deux jours après l'opération, la

malade peut avaler un peu de lait et la déglutition s'améliore ensuite de jour en jour.

20 février. — On essaie sans succès de passer une sonde par l'œsophage.

24 février. — Hjort introduit par la fistule une sonde numéro 17 Charrière ; mais celle-ci reste comme enclavée au niveau du rétrécissement.

Hjort pense alors à employer l'électrolyse, encouragé d'ailleurs par les succès obtenus dans les rétrécissements de l'urètre par cette méthode de traitement.

15 mars. — On introduit dans l'œsophage, à travers la fistule, une sonde œsophagienne numéro 13 Charrière, ayant en guise de mandrin un fil de cuivre terminé à sa partie supérieure par une olive de même métal ; on attache le pôle négatif à l'extrémité inférieure du fil et le positif à une éponge que l'on place à la partie droite du cou. On emploie d'abord cinq éléments pendant 10 minutes, puis 10 éléments pendant une heure et demie. La sonde avance au bout de ce temps et des efforts de vomissements indiquent son apparition au niveau du pharynx. On sent nettement les pulsations imprimées à la sonde par l'artère carotide.

La longueur du rétrécissement est d'environ 3 centimètres. La malade peut avaler toute sorte d'aliments sauf de la viande ; leur passage à travers le rétrécissement provoque un peu de douleur.

26 mai. — Le numéro 17 Charrière est arrêté au niveau du rétrécissement.

28 mai. — On introduit de nouveau la sonde électrique numéro 13, et on emploie pendant les 22 premières minutes 10 éléments puis 15 éléments pendant 5 minutes et demie.

Deux jours après la malade peut avaler sans douleur

tous les aliments, et la déglutition s'améliore tellement que son poids augmente de 13 kilos en très peu de temps.

24 avril. — On peut introduire facilement la sonde numéro 25 par la fistule et le numéro 19 par la bouche.

6 mai. — On passe le numéro 27 en haut et, un mois après, on ferme la fistule.

Observation III

(Résumée)

Curtis, Ann. surgery Phila. 1900, XXXI, 332-355.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage traité par la dilatation permanente de tubes élastiques.

Enfant de 2 ans ; avale de la potasse en octobre 1897.

En mai 1898, gastrotomie et dilatation au moyen de bougies ; l'enfant part.

Il revient en 1899. Le 21 septembre, la fistule close est réouverte après anesthésie à l'éther ; on passe le doigt puis une bougie munie d'un fil. Un tube élastique y est attaché ; il reste en place, et après 5 ou 6 jours, on peut passer le numéro 30 Charrière, à urètre.

En février 1900, la bougie 34 passe facilement. La fistule gastrique se ferme spontanément en novembre.

Observation IV

(Dietrich., Lyon, 1894-95)

Mme R... absorbe par mégarde, le 24 décembre 1892, une demi-cuillerée environ d'une solution caustique (acide chlorhydrique ou azotique). Les symptômes d'une œso-

phagite violente se déclarèrent aussitôt et la malade fut admise à l'hospice de Vizille où on lui administra de la magnésie calcinée. Mme R... y resta en traitement jusqu'au milieu du mois de mars 1893, époque à laquelle, son état ne s'améliorant pas, elle entra dans le service du docteur Bard, à l'hôpital Saint-Pothin, de Lyon.

Là, elle fut soumise au cathétérisme œsophagien, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on parvint à passer à l'aide d'un mandrin, une sonde numéro 12, qui révéla la présence de deux rétrécissements situés à la partie inférieure de l'œsophage.

La situation de Mme R... était alors critique. La déglutition de la salive elle-même était douloureuse et difficultueuse ; la dilatation de la sténose ne faisait aucun progrès, si bien que l'alimentation de la malade, quoique exclusivement liquide, se trouvait fort compromise et qu'on discuta la possibilité d'une gastrostomie.

C'est dans cet état que M. le docteur Bard adressa la malade à M. le docteur Auguste Pollosson, dans le service duquel elle entra le 6 avril suivant.

Le cathétérisme est alors pratiqué régulièrement, en raison d'une séance d'une demi-heure tous les deux jours, et assez bien supporté par la malade. Quelquefois, les mucosités dont il provoque l'expulsion présentent quelques filets de sang. Pendant quatre mois environ, on ne peut franchir le rétrécissement avec une sonde supérieure au numéro 12, mais enfin, le calibre des cathéters peut être progressivement augmenté, et le 29 mars 1894, Mme R... quitte l'Hôtel-Dieu.

La dilatation était alors suffisante pour permettre le passage d'une sonde numéro 26, et pour que la malade puisse avaler des aliments solides coupés en menus mor-

ceaux, qu'elle sent éprouver un temps d'arrêt en deux points, le long de leur trajet œsophagien.

Du mois de mars 1894 à la fin de la même année, l'état de Mme R... resta le même. Elle vint à plusieurs reprises se faire cathétériser à l'Hôtel-Dieu, mais, peu à peu, l'ingestion des aliments solides redevient impossible et la malade dut de nouveau recourir à l'alimentation lactée.

Cet état alla en empirant, et vers la fin du mois de janvier 1895, la malade fut prise, à la suite de peines morales, de vomissements alimentaires. Le lait qu'elle absorbait était rendu quelques instants après, non altéré et mélangé à du mucus. Cette crise dura 13 jours et céda — d'après la malade — à l'ingestion d'eau très chaude.

Enfin, le 26 février 1895, Mme R... rentre dans le service de M. A. Pollosson, alors remplacé par M. le docteur Jaboulay.

Le cathétérisme est repris d'un façon régulière.

Les séances ont lieu tous les jours et sont prolongées pendant une demi-heure. Du numéro 12, qu'on passait au début, on est progressivement arrivé, aujourd'hui (30 mars 1895), à introduire le numéro 24, et l'on constate la présence de deux rétrécissements siégeant respectivement à 25 et à 35 centimètres des arcades dentaires, soit à 10 et à 20 centimètres de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Le passage de la sonde est très douloureux en ces deux points, principalement au niveau de l'inférieur et amène parfois l'expulsion de mucosités sanguinolentes. La nourriture de la malade consiste actuellement en lait et en bouillie de riz, qu'elle avale par très petites quantités à la fois et avec beaucoup d'efforts.

Depuis quelques jours, on ajoute à ce régime de menus morceaux de pain qui, pendant leur trajet œsophagien

produisent à la malade l'impression de graviers. L'état général est très satisfaisant et la malade engraisse d'une façon progressive.

3 avril. — Le spasme a augmenté. Le n° 24 ne peut être toléré que quelques instants. On voudrait tenter le cathétérisme sous anesthésie, la malade s'y refuse.

5 avril. — Le n° 25 a franchi l'obstacle ; le numéro 24 est toléré pendant une demi-heure.

Observation V

(Hagenbach-Burckardt, Bâle)

Ce sont deux rétrécissements très serrés, survenus chez des enfants de 4 à 5 ans, à la suite d'ingestion de potasse ou de soude caustique. Le rétrécissement était tel qu'il ne laissait pas passer la sonde la plus fine ; on injecte dans le dos 1 gramme de thiosinnamine 2 fois par jour ; dès la seconde injection, le rétrécissement était franchissable ; en alternant les injections et la dilatation, on arriva à rétablir la perméabilité du canal de façon que les malades se nourrissaient comme tout le monde.

Observation VI

(Albertin)

Une jeune fille, atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage, à la suite d'ingestion de potasse caustique. Les cathétérismes étant impossibles, la gastrostomie est pratiquée. Après amélioration de l'état général, il fut fait des

cathétérismes rétrogrades du cardia avec des bougies utérines. Un fil à demeure, bien toléré, permettait d'amorcer facilement la sonde, et au bout de trois ans, l'œsophage étant dilaté, on ferma l'orifice stomacal. (Guérison.)

Observation VII

(Henry Delagenière du Mans)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage devenu infranchissable. — Gastrotomie exploratrice, établissement d'une sonde œsophagienne à demeure et gastrostomie. — Guérison.

Le nommé S..., âgé de deux ans et demi, demeurant à Sées, nous est adressé par le docteur Hommey, pour un rétrécissement de l'œsophage, survenu à la suite d'ingestion de potasse caustique.

Il existe dans la famille plusieurs cas de tuberculose et de rachitisme.

L'enfant, né à terme, a été élevé au sein jusqu'à l'âge de quatorze mois. Il n'a jamais été malade. Le 15 octobre 1902, l'enfant prend, sur une table, un verre contenant une solution de potasse caustique et en avale une certaine quantité, difficile à apprécier. Le père affirme qu'il n'a pu en avaler que quelques gouttes ? Quoi qu'il en soit, il est pris aussitôt de toux et de suffocations et ne peut dormir la nuit qui suit l'accident. Sa respiration est bruyante. Le docteur Hommey, appelé après l'accident, prescrit un vomitif. Peu à peu, à l'aide de quelques calmants, tout rentre dans l'ordre, et au bout de six jours l'enfant a repris son apparence de santé. Quelques jours après, survient une bronchite qui dura deux mois, malgré toutes les précautions prises.

Depuis l'accident, jamais l'enfant n'a pu avaler d'ali-

ments solides. Le lait et le bouillon passent, au contraire, facilement. Malgré cela, il maigrit. Depuis deux mois, les liquides eux-mêmes ne passent plus bien. Quand l'enfant prend du lait, au bout de peu de temps, il en crache une partie par régurgitation. Enfin, la famille affirme que, depuis deux mois, le thorax s'aplatit en carène.

La poitrine est, en effet, aplatie latéralement, et le sternum fait une saillie en avant ; il existe dans l'arrière-cavité des fosses nasales des tumeurs adénoïdes, mais pas assez considérables pour expliquer la déformation thoracique. L'examen du pharynx est malaisé; le doigt reconnaît l'épiglotte et le larynx, derrière lequel la paroi postérieure du pharynx est comme appliquée. Une sonde numéro 8, introduite dans le pharynx, ne peut passer dans l'œsophage. Plusieurs tentatives sont faites successivement et restent toujours sans résultat.

On peut en conclure que le rétrécissement commence à l'entrée de l'œsophage.

Je propose aux parents de faire une gastrotomie exploratrice pour essayer d'établir momentanément à demeure dans l'œsophage une sonde œsophagienne.

Opération le 19 juin 1903. Nous pratiquons une incision médiane sus-ombilicale. L'estomac est exploré extérieurement ; il ne présente aucune adhérence, ni aucune déformation. Parallèlement à son grand axe, nous faisons une incision de 5 à 6 millimètres, par laquelle nous introduisons aussitôt dans l'intérieur de l'organe des compresses de tarlatane stérilisées destinées à absorber les liquides. Enlevant ensuite ces compresses, nous introduisons l'index à la recherche du cardia. Cet orifice est masqué par un repli épais, qui le transforme en une espèce de fente transversale. Dans cette fente, nous introduisons l'extrémité d'une bougie numéro 16, que nous poussons

dans l'œsophage, puis dans le pharynx, et avec laquelle nous ramenons dans l'estomac l'extrémité d'une sonde œsophagienne en caoutchouc, numéro 18. Nous laissons cette sonde à demeure et refermons l'incision faite à l'estomac par deux rangs de sutures, excepté à l'extrémité gauche de l'incision, que nous laissons ouverte pour établir une fistule stomacale. La séreuse est ensuite fermée en extériorisant la portion de l'estomac destinée à la fistule. Cette partie de l'estomac extériorisée forme une saillie arrondie que nous passons à travers une boutonnière pratiquée dans le muscle droit du côté gauche, à un centimètre de la ligne médiane. Enfin, le plan aponévrotique et suturé dans toute son étendue, puis la peau, sauf dans le point où la fistule est établie.

Suites opératoires. — L'enfant à peine réveillé, est pris de dyspnée intense, avec un pouls très fréquent, presque incomptable ; la température s'élève à 38°8. Nous attribuons ces symptômes à la distension de l'œsophage par la sonde en caoutchouc laissée à demeure, et qui a été placée avec difficulté.

Nous enlevons cette sonde et presque aussitôt tous les symptômes s'amendent. La température redevient normale dès le lendemain ; il n'existe plus de dyspnée. La sonde œsophagienne ayant été supprimée, on alimente l'enfant toutes les trois heures par la fistule gastrique, en supprimant toute alimentation par la bouche. Il reprend rapidement des forces, et dès le douzième jour après l'opération, nous commençons à passer des bougies dans le rétrécissement. Grâce au repos de l'organe, nous passons facilement, dès la première fois, une bougie numéro 15. Tous les deux jours, nous augmentons d'un numéro, jusqu'au numéro 22. A ce moment, nous permettons les

aliments solides et renvoyons le malade chez lui, à la condition qu'il vienne se faire dilater tous les quinze jours. Depuis ce temps, l'enfant nous est ramené régulièrement; il se développe bien, a une apparence de santé excellente. Sa poitrine, si déformée en carène, s'aplatit et reprend une forme normale. Malheureusement, les progrès de la dilatation sont moins appréciables. Nous passons facilement maintenant un numéro 25, mais nous n'obtenons pas grand'chose depuis quelque temps.

Observation VIII

(Gross et Sencert)
Rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage.
Dilatation œsophagoscopique. — Guérison.

Th... Emile, seize ans, employé de commerce, à Avricourt. Sans antécédents héréditaires, ni personnels morbides.

Le 15 mai 1904, on lui a fait boire, en manière de plaisanterie, un verre de potasse caustique. Le malade a avalé une gorgée de ce liquide et a présenté immédiatement tous les signes d'une œsophagite aiguë, accidents pour lesquels on l'a transporté de suite à l'Hôpital de Nancy, dans le service de M. le professeur Bernheim. Là, on mit simplement le malade en observation, en l'alimentant simplement de liquide. Il sort rapidement de l'hôpital et se reprend à manger comme avant l'accident. Bientôt apparaissent les signes d'un rétrécissement cicatriciel ; dysphagie de plus en plus prononcée pour les aliments solides. En juillet 1904, les liquides seuls sont avalés.

Le malade se présente alors à notre clinique. Nous pra-

tiquons le cathétérisme explorateur de l'œsophage et reconnaissons la présence d'un rétrécissement situé à l'entrée de l'œsophage, à 16-17 centimètres des arcades dentaires. Le cathétérisme est possible et nous pratiquons la dilatation progressive pendant dix jours. L'état général du malade s'améliore, mais il ne peut toujours pas avaler le pain, ni la viande.

En novembre 1904, le malade rentre de nouveau à l'hôpital, présentant maintenant de la dysphagie des liquides, très amaigri, mourant de faim. Nous arrivons pourtant à passer une sonde fine dans l'estomac, et pendant plusieurs jours, laissant la sonde à demeure, nous nourrissons le patient à l'aide de lait injecté dans la sonde. Puis, on poursuit la dilatation et le malade quitte l'hôpital très amélioré, avalant bien les liquides, les purées et les aliments solides bien mâchés.

Petit à petit, cette amélioration s'atténue et la dysphagie reparaît, plus intense que jamais. Le malade rentre à l'hôpital en juillet 1905.

A ce moment, l'état général est très mauvais, l'amaigrissement épouvantable. Le malheureux n'avale plus que quelques gouttes de lait, et est pris de régurgitations souvent très violentes. Ce n'est qu'après une série d'essais infructueux pour déglutir une gorgée de liquide, que quelques gouttes finissent par passer. Le cathétérisme montre l'obstacle, toujours à l'entrée de l'œsophage, et il nous est impossible, cette fois, de franchir le rétrécissement. Malgré des tentatives multiples, nous devons reconnaître que le rétrécissement est devenu tout à fait infranchissable. Nous nous proposons de faire, le lendemain, la gastrostomie.

Auparavant, nous pratiquons une première séance

d'œsophagoscopie. Œsophagoscopie directe, le malade étant dans le décubitus dorsal, après anesthésie locale.

A l'extrémité inférieure du pharynx, on reconnaît, sur la paroi postérieure, un certain nombre de brides muqueuses cicatricielles, dirigées transversalement, et qui se rapprochent les unes des autres à mesure qu'on descend. Toutes ces brides sont peu élevées et ne rétrécissent pas la lumière du conduit. A quinze centimètres des arcades dentaires, on reconnaît que l'entrée de l'œsopnage est fortement rétrécie ; les parois sont au contact l'une de l'autre ; elles sont très épaisses et d'aspect cicatriciel.

En dirigeant le tube vers la droite et vers la gauche, on constate la présence de diverticules en doigt de gant, plus ou moins profonds, où s'engage l'extrémité du tube œsophagoscopique. Il est très difficile de reconnaître le véritable conduit œsophagien, au milieu de tous ces diverticules.

On y arrive pourtant à l'aide de quelques cathétérismes prudents avec une fine sonde en gomme. On passe cette sonde jusque dans l'estomac et on pratique, séance tenante, la dilatation immédiate progressive. Nous arrivons à introduire l'extrémité du tube œsophagoscopique dans l'orifice supérieur de l'œsophage et à la pousser légèrement vers le bas. Il est définitivement arrêté trois centimètres plus bas. Là, le rétrécissement s'oppose invinciblement à sa propulsion. Cette partie de l'œsophage a absolument l'aspect caractéristique des rétrécissements cicatriciels : muqueuse pâle, scléreuse, immobile ; parois très rapprochées, petit orifice ombiliqué situé à droite. Le lendemain et les jours suivants, on poursuit la dilatation et le malade quitte l'hôpital très amélioré, vingt jours après.

A partir de ce moment, il revient à la clinique une fois par semaine pour subir la dilatation. Chaque cathétérisme demande une certaine patience, et ce n'est qu'après de longs tâtonnements qu'on arrive dans l'œsophage. Celui-ci se dilate d'ailleurs assez bien, et l'état général du malade s'améliore rapidement.

Il continue toujours à venir à la clinique, et, à l'heure actuelle il mange presque comme tout le monde. Il est astreint, seulement, à une mastication minutieuse et à une certaine lenteur dans l'ingestion des aliments.

Observation IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Rétrécissement de l'œsophage par lessif pour olives. — Bougie urétérale à demeure pendant dix jours, puis séance de dilatation progressive. — Guérison.

Louis D..., 17 ans, robuste et toujours bien portant, avale une solution alcaline (lessif pour olives). Après cinq ou six jours de douleurs pénibles empêchant la déglutition des liquides, le malade peut avaler du lait avec peine ; deux mois plus tard, le lait passe difficilement, souvent avec régurgitation. Le cathétérisme échoue entre les mains de plusieurs médecins, et le malade entre dans le service de M. Tédenat le 5 décembre 1897, trois mois après l'accident. Il a beaucoup maigri, avale péniblement en huit ou dix reprises une tasse de lait, souvent avec régurgitation.

Séances infructueuses les 6, 7 et 8 décembre ; le 9 décembre, M. Tédenat arrive à introduire une sonde urétrale numéro 12. Le rétrécissement siège à 22 centimètres de l'arcade dentaire. Elle est laissée à demeure pendant qua-

tre jours, bien supportée, et rendant la déglutition plus facile à partir du second jour.

Le 13 décembre, une bougie 18 de Charrière passe bien et est laissée dix minutes ; le malade avale aisément le lait, un œuf cru.

Le 17 décembre, le 18 Charrière ne passe pas ; on descend au 14. M. Tédenat met à demeure une bougie 12 qui reste en place, ne gêne pas la déglutition, mais la favorise plutôt.

Le 20 décembre, le 26 de la filière Charrière pour l'urètre passe bien. Une bougie 17 est laissée à demeure. A partir du 25 décembre la dilatation se fait rapidement et la déglutition est facile pour les liquides, les purées, mais le malade garde pendant la nuit une fine bougie.

Le 15 janvier, les séances de dilatation ayant lieu tous les trois ou quatre jours, les grosses boules de l'explorateur œsophagien passent facilement.

Cnq ans plus tard, M. Tédenat revit le jeune D... Celui-ci, en passant les grosses olives tous les mois environ, avait un œsophage souple et large et mangeait toutes sortes d'aliments.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Rétrécissement filiforme de l'œsophage consécutif à la déglutition d'une solution d'acide chlorhydrique. — Dilatation continue, puis dilatation progressive avec fine bougie à demeure dans l'intervalle des séances. — Guérison.

Amédée C..., 32 ans, pilote. Pas d'antécédents pathologiques, très bonne santé. En janvier 1902, il avale par erreur une solution assez forte d'acide chlorhydrique.

Douleurs vives, fièvre, impossibilité absolue de rien avaler pendant dix jours. Puis, il peut avaler des liquides, mais un mois plus tard, c'est à peine s'il peut prendre quelques cuillerées de lait. Le docteur Berluvat essaie inutilement le cathétérisme de l'œsophage. Il adresse le malade à M. le professeur Tédenat le 2 avril 1902. Maigreur extrême malgré des lavements nutritifs.

4 mars. — M. Tédenat, après beaucoup de tentatives, parvient à introduire une bougie urétérale à travers le rétrécissement qui occupe le tiers supérieur de l'œsophage. Le malade la garde pendant 8 jours, la supportant péniblement pendant les deux premiers jours, puis, s'y habituant et n'en étant pas gêné. Il avale alors quelques gorgées de lait, avec quelques régurgitations, la sonde étant en place, à partir du troisième jour.

Au huitième jour, la sonde est enlevée, le malade essaie d'avaler du lait et ne peut. M. Tédenat ne parvient pas à introduire une bougie un peu plus grosse, il a même de la peine à introduire la même bougie urétérale. Il la laisse à demeure, le malade avale de menues gorgées avec la sonde en place, point sans elle. Il la garde ainsi pendant deux mois et demi, au bout desquels on peut, par des séances faites tous les trois ou quatre jours, introduire des sondes de 9 à 10 millimètres de diamètre. Mais si on oubliait de laisser entre les séances la fine bougie à demeure, on perdait beaucoup de terrain.

Le malade rentra chez lui. Il faisait une séance tous les trois ou quatre jours, gardant une fine bougie pendant la nuit sous peine de perdre plusieurs numéros.

Il revint à l'hôpital en novembre 1902. M. Tédenat conseilla l'électrolyse négative à 4 ou 5 milliampères. On poussa à la première séance jusqu'à 15 milliampères ; il y eut douleurs de brûlures, suintement sanguin. Recul. Il

fallut remettre la fine bougie à demeure et en quinze jours on regagna le terrain perdu.

Le 10 janvier 1903, le malade introduisait des sondes de 15 millimètres de diamètre tous les deux jours, gardant la nuit une fine bougie sans aucune gêne.

Il quitta l'hôpital, avalant bien tous les aliments ; dès le mois de mai, il faisait une séance de dilatation tous les dix jours facilement, avec de très grosses sondes et n'était plus obligé de garder la nuit la fine bougie. M. Tédenat l'a revu plusieurs fois ; il n'est aucunement gêné pour avaler et se contente d'une séance de dilatation tous les vingt ou vingt-cinq jours. Sa santé générale est excellente.

TRAITEMENT

Bien des traitements ont été employés pour les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Ils varient suivant la nature du mal et l'indication présente.

Parfois, il faut combattre la maladie qui en est cause et traiter le rétrécissement lui-même. Ainsi, les rétrécissements inflammatoires se traiteront par les sangsues, la saignée et les topiques émollients. Contre le spasme, on emploiera la belladone (Behier) ; contre la sensation de soif et de faim des rétrécis, l'opium. Les lavements nutritifs seront d'une certaine utilité pour alimenter les malades.

Hagenbach, dans l'observation que nous citons, a employé la thiosinnamine en injection sous-cutanée. L'iodure et les mercuriaux seront indiqués dans les rétrécissements syphilitiques.

Mais le traitement médical n'est que palliatif, et même, il peut être nuisible au malade en lui faisant perdre un temps précieux. C'est pourquoi, c'est aux moyens chirurgicaux qu'on a le plus souvent recours.

La cautérisation

Tout d'abord, la cautérisation, imaginée par Everard Home, employée par Mondière, Trousseau, Bretonneau, a

eu successivement pour but de détruire et de modifier le rétrécissement ; c'est un procédé dangereux abandonné.

L'électrolyse

L'électrolyse, d'après Bœckel, permit de franchir un rétrécissement dans deux cas. Strain dit que l'électrolyse rend perméables les rétrécissements et qu'à elle seule elle peut rétablir le canal et produire un résultat durable.

Hjort, après gastrostomie en deux temps, introduit dans l'œsophage, à travers la fistule, une sonde œsophagienne Charrière, ayant, en guise de mandrin, un fil de cuivre terminé à sa partie supérieure par une olive de même métal ; on attache le pôle négatif à l'extrémité inférieure du fil et le pôle positif à une éponge qu'on place à la partie droite du cou. Il emploie 5 éléments pendant dix minutes, puis 10 éléments pendant une heure. La sonde franchit le rétrécissement. Dix jours après, il répète la même manœuvre en se servant de 10 éléments pendant 20 minutes, puis de 15 éléments pendant cinq minutes. La déglutition est possible après cette dernière tentative et l'état ne fait que s'améliorer dans la suite.

Cathétérisme forcé

C'est un moyen dangereux, exposant à des perforations dans le médiastin.

Dilatation

1° Dilatation brusque. — On se sert des appareils de Schutzenberger, de Lefort, de Fletcher, de Durham, de Richardson, de la pince dilatante de Charrière.

Mais tous ces instruments exposent à des dangereuses déchirures. D'ailleurs, elle n'est pas applicable à tous les rétrécissements.

2° Dilatation progressive.— Elle s'opère au moyen de sondes ou de bougies flexibles ou bien avec les tiges de Bennet, c'est-à-dire des tiges en baleine, à l'extrémité desquelles on peut visser des boules d'ivoire de diverses grosseurs.

Bouchard et Richet ont fait construire des bougies cylindro-coniques en gomme, de différents calibres, chargées de grenaille de plomb et présentant une grande flexibilité.

Manière d'opérer. — On passe le cathéter dans de la glycérine, on l'engage dans le pharynx et on passe avec douceur pendant un effort de vomissement. Ensuite, on augmente la dimension de l'olive ou de la bougie au fur et à mesure que la perméabilité se rétablit, jusqu'à 15 millimètres. Les séances durent dix minutes et se font tous les trois jours. La dilatation devenue suffisante, le malade devra continuer à entretenir le calibre de son œsophage, en se cathétérisant d'une façon régulière.

Cette dernière méthode a certains avantages, c'est que, bien menée, avec douceur et patience, elle arrive à permettre de s'alimenter à certains individus porteurs d'un rétrécissement cicatriciel suffisamment perméable.

3° Dilatation progressive avec dilatation permanente. — C'est-à-dire qu'on dilate l'œsophage tous les trois jours, et que, dans l'intervalle, on laisse une bougie filiforme à demeure. Le grand avantage de cette manière d'opérer est que la dilatation est plus rapide, car il arrive quelquefois que dans la dilatation progressive, les olives qui passaient aisément à la dernière séance de cathétérisme, ne peuvent plus passer et il faut recommencer par des bougies plus petites ; tandis que, en laissant une bougie fili-

forme à demeure dans l'intervalle des séances de dilatation, cela permet le passage d'une bougie égale ou supérieure à celle de la séance précédente ; les observations que M. le professeur Tédenat a eu l'obligeance de nous donner montrent bien la supériorité de ce traitement.

Œsophagotomie interne

On se sert, pour cette opération, d'instruments à peu près semblables aux uréthrotomes.

Maisonneuve opère de haut en bas, en faisant courir sur un mandrin conducteur, deux lames latérales triangulaires de 12 millimètres de diamètre, à angle saillant mousse et à tranchant limité au tiers antérieur.

Dolbeau sectionnait de bas en haut.

Trélat avait un œsophagotome qui enserrait le rétrécissement entre deux lames tranchantes qui se resserraient.

Cette opération nous paraît dangereuse, car elle agit à l'aveugle dans une région périlleuse et peut entraîner des accidents immédiats (hémorragies souvent mortelles) et des accidents tardifs (phlegmons périœsophagiens).

Œsophagotomie externe

Conseillée par Stoffel au commencement du siècle dernier, elle a été pratiquée à la partie cervicale, au-dessus de la sténose cicatricielle, soit à son niveau, par Monod, Lavacherie, Bruns, Watson, Gussenbauer.

L'œsophage thoracique a été atteint par Nassilow, Quénu et Hartman, etc. par la voie médiastine ; par Gosset, Llobet, etc., par la voie transpleurale ; par William Lévy, par la voie abdominale.

Sans entrer dans les détails des temps opératoires pour

atteindre l'œsophage cervical ou thoracique, nous dirons que l'œsophagotomie externe n'est pas sans danger, car on opère sur une région délicate et que, de plus, cette opération est plus grave que la gastrostomie et qu'elle n'en a pas les avantages.

Œsophagostomie

Cette opération a pour but d'ouvrir une voie nouvelle aux aliments ; dans les cas où le rétrécissement est infranchissable, on établit donc une bouche au-dessous du rétrécissement. Nous dirons d'abord que cette opération n'est possible que si le rétrécissement siège haut et que, de plus, il faut qu'il soit unique. Ensuite, en entreprenant l'œsophagostomie, on ignore s'il n'y a pas un second rétrécissement plus profond et tout aussi infranchissable que le premier.

De plus, l'alimentation par cette voie est très laborieuse et ne tarde pas à être insuffisante, l'œsophage ne pouvant se débarrasser des bols qu'on lui présente qu'à la condition expresse qu'ils soient espacés. D'ailleurs, elle a contre elle les statistiques. Sept cas de Follin et Terrier n'ont donné qu'une survie de quelques mois et cinq œsophagostomies pratiquées par Bryk, Horsy, Nicoladini, Stuttgard et Zenker, ont donné cinq morts, dont quatre des suites de l'opération.

Opération de Roux

Nous nous contenterons de la décrire :

1er temps. — On choisit une anse élevée de l'iléon et on lie les branches afférentes de l'artère mésentérique, en ayant bien soin de ménager l'anastomose.

2e temps. — Section de cette anse d'une longueur de 30 centimètres ; on la met sous des compresses et on rétablit immédiatement la continuité de l'intestin par une suture bout à bout des extrémités sectionnées.

3e temps. — On implante le bout inférieur de l'anse isolée dans l'estomac et on conduit le bout supérieur sous la peau du thorax jusqu'au niveau du manubrium où on la fixe à la peau par des sutures lâches comme un anus contre nature.

4e temps. — On abouche le bout supérieur de l'anse déviée dans le bout supérieur de l'œsophage, qu'on ira prendre au-dessous de la stricture qui est à 22 centimètres de l'arcade dentaire dans le cas particulier.

Gastrostomie

C'est l'opération de choix pour les rétrécissements infranchissables. Décrite par Egebert en 1837 et pratiquée par Sédillot. Depuis cette époque, les gastrostomies se sont multipliées et Cohen (1885) cite dans sa thèse 53 opérations avec 24 guérisons; sur les 29 cas de mort, il y en a 7 qui sont dus à l'inanition et à l'épuisement ; 7 à des affections pulmonaires aiguës ; 1 est mort asphyxié, un autre de mort subite, et 1, un opéré de Tillaux, s'est laissé mourir de faim. Plus tard, Greig Smith dit : « Un chirurgien exercé peut, à l'heure actuelle, pratiquer la gastrostomie avec une mortalité inférieure à 10 p. 100, si les cas sont bien choisis. »

En effet, cette opération établissant une fistule au-dessous du rétrécissement, assure l'alimentation du malade et permet la dilatation secondaire (rétrograde ou de haut en bas). Et, de plus, il se produit souvent ce qui se produit pour les rétrécissements de l'urètre antérieur, qui

étaient imperméables et qui deviennent perméables par l'urétrotomie externe postérieure ; de même, la gastrostomie faisant cesser le spasme rend dilatables certains rétrécissements infranchissables.

Mais il faut gastrostomiser les malades de bonne heure, c'est-à-dire dès que l'alimentation par la bouche devient impossible et que le rétrécissement se resserre de plus en plus, car il ne faut pas attendre que le malade ait perdu ses forces ; il serait bien moins en état de résister à l'opération.

Nous avons vu, le 15 décembre 1908, dans le service de M. le professeur Tédenat, un cas intéressant qui montre bien les résultats avantageux de la gastrostomie dans les rétrécissements infranchissables de l'œsophage. Nous le résumons :

Cet homme, âgé de 32 ans, était entré à l'Hôpital Suburbain en novembre 1904, avec un rétrécissement dû à la déglutition d'une solution alcaline. Il ne pouvait rien avaler et était dans un état d'inanition profonde, maigreur extrême, peau sèche, gardant le pli de pincement. Après plusieurs tentatives de cathétérisme, M. Tédenat pratiqua la gastrostomie ; l'opéré quitta l'hôpital trois semaines après, déjà presque engraissé. Il avait refusé tout nouvel essai de cathétérisme. Quatre mois plus tard, il avalait lait, purées et un peu toutes sortes d'aliments. Quand il vint revoir M. Tédenat, le 15 décembre 1908, il avait une santé excellente, mangeait toutes sortes d'aliments et les avalait sans la moindre difficulté. La bouche stomacale formait un orifice arrondi de trois millimètres de diamètre, sans rougeur à la peau ; de loin en loin il s'écoulait quelques gouttes de liquide. M. Tédenat introduisit à travers l'œsophage, jusque dans l'estomac, une des plus grosses olives exploratrices. Il proposa à

cet homme de fermer la fistule gastrique. Ce dernier refusa, disant que sa fistule ne le gênait pas, étant presque toujours sèche.

M. Tédenat nous dit avoir pratiqué six fois la gastrostomie pour rétrécissements cicatriciels, avec cinq guérisons ; huit fois pour des cancers œsophagiens, avec quatre guérisons opératoires. On sait, d'ailleurs, que la gastrostomie est grave dans le cas de cancer de l'œsophage.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Les rétrécissements cicatriciels suffisamment perméables pour permettre l'alimentation du malade, seront justiciables de la dilatation progressive. Les séances d'un quart d'heure, répétées tous les trois ou quatre jours, auront d'heureux résultats, surtout en laissant une sonde filiforme à demeure dans l'intervalle des séances de dilatation.

Nous ne rejetterons pas complètement l'électrolyse, mais à une condition : c'est de ne faire agir que de faibles courants, 4 milliampères ou 5 milliampères.

2° Les rétrécissements imperméables seront justiciables de la gastrostomie.

L'opération sera faite de bonne heure, c'est-à-dire dès qu'il y a urgence à nourrir le malade.

Ensuite, après l'opération, on dilatera le rétrécissement de bas en haut ou de haut en bas, pour rétablir les voies naturelles de l'alimentation.

3° Quant à la cautérisation, elle doit être bannie de la thérapeutique ; les œsophagotomies interne et externe doivent être laissées de côté, vu les accidents auxquels elles

exposent les malades, et elles n'ont aucun avantage sur la gastrostomie.

L'œsophagoscopie pourra peut-être faire renaître l'œsophagotomie interne, car alors on opérerait sous l'œil et non à l'aveugle.

BIBLIOGRAPHIE

Gangolphe. — In Traité de chirurgie. (Le Dentu et Delbet).

Duplay. — Traité de chirurgie. (Duplay et Reclus).

Fort (docteur J.-A.). — Revue de chirurgie, Paris, 1900, page 433.

M. Albertin. — Revue de chirurgie, 1902, page 239.

— Revue de chirurgie, 1903, pages 411 et 780.

Gosset. — Revue de chirurgie, 1903, page 684.

Moulonguet. — Amiens. Revue de Chirurgie, 1904, p. 631.

M. Guisez. — Paris. Revue de chirurgie, 1906, page 659.

Albertin. — Revue de chirurgie, 1906, page 166.

Gross et Sencert. — Revue de Chirurgie, 1907, page 1.

Jalaguier. — Société de Chirurgie, 1907, page 653.

Delagenière (Henry). — Le Mans. Congrès de Chirurgie, page 304.

Guisez. — Congrès de Chirurgie, 1906, page 256 ; 1907, page 437.

Landelin. — Presse médicale du 8 juin 1901.

Walther. — Presse médicale, 1er février 1902.

Reynier. — Presse médicale, 22 février 1902.

Plattner. — Presse médicale, 20 avril 1907.

Roux. — Presse médicale, 6 mars 1907.

Hagenbach et Burckardt. — Presse médicale, 17 juillet 1907.

Guisez. — Presse médicale, 20 avril 1907.

Bœckel. — De l'électrolyse dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Gazette de Strasbourg.

de Bergmann. — Berlin Klin. Woch., 1883, 29 octobre, numéro 44.

Hjort. — Centralb. f. ch., 1884, numéro 46, page 707.

Couasnon. — Thèse de Paris. Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par le cathétérisme rétrograde.

Troussard. — Thèse de Paris. Traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale.

Delaire. — Thèse de Bordeaux. Coexistence de rétrécissement et de corps étranger dans l'œsophage.

Bourdon. — Contribution à l'étude des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et de leur traitement. Bordeaux, 1889, numéro 18.

Cohen. — De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. Paris, 1885, numéro 163.

Dietrich. — Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Lyon, 1895, n. 1045.

Frey. — Etude sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement. Paris, 1883, numéro 344.

Greig-Smith. — Chirurgie abdominale, traduit par Vallin, 1895.

Ferrier. — Thèse de Paris, 1870.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 26 février 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 26 février 1909.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !